

А.Г. Денисенко

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ТРУПА**

Витебск 2017

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ С КУРСОМ СУДЕБНОЙ
МЕДИЦИНЫ

А.Г. Денисенко

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ТРУПА**

Учебно-методическое пособие

Витебск

2017

УДК 340.6:616-091.1/.7 (072)

ББК 58.1я73

Д 33

Рецензент:

зав. кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии, д.м.н., профессор О.Д. Мяделец

Денисенко А.Г.

Д 33 Судбно-медицинская экспертиза трупа: Учеб-метод. пособие /
А.Г. Денисенко. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 27 с.

01 июля 2013 г. начал функционировать Государственный комитет судебных экспертиз (ГКСЭ) Республики Беларусь. В комитете судебных экспертиз создана база нормативных документов, которая позволила упорядочить работу медицинских экспертов с учетом требований действующего законодательства, обеспечить выполнение экспертиз на высоком профессиональном уровне. Среди нормативных правовых актов ГКСЭ имеется «Инструкция о порядке производства судебно-медицинской экспертизы трупа от 13.07.2015 г. №147.

В настоящем учебно-методическом пособии отражен порядок, организация, последовательность и техника выполнения судебно-медицинской экспертизы трупа с учетом новой действующей Инструкции. При этом учитывались требования, изложенные в «Инструкции о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений», утвержденной Государственным комитетом судебных экспертиз Республики Беларусь 24.05.2016 г. №16. Требования в данной Инструкции распространяются на правоотношения, связанные с определением степени тяжести телесных повреждений, обнаруженных на трупе, в рамках проведения судебно-медицинской экспертизы трупа.

Предназначается для студентов высших медицинских учебных заведений по предмету "Судебная медицина".

УДК 340.6:616-091.1/.7 (072)
ББК 58.1я73

© Денисенко А.Г., 2017

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2017

ВВЕДЕНИЕ

Указом Президента Республики Беларусь от 22 апреля 2013 г. № 202 создан Государственный комитет судебных экспертиз (ГКСЭ). В принятом Законе РБ от 15 июля 2015 г. «О Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь» закреплены правовые и организационные основы деятельности и компетенция Государственного комитета, его основные задачи и полномочия, определен правовой и социальный статус судебных экспертов. От качества и результативности работы государственного медицинского судебного эксперта Государственного комитета судебных экспертиз в ходе проведения экспертиз трупов зависит успех расследования уголовных дел и раскрытия преступлений.

В соответствии с уголовно-процессуальным законодательством Республики Беларусь судебно-медицинская экспертиза трупа назначается органами дознания, предварительного следствия или судом в тех случаях, когда в процессе расследования по делу необходимо установить причину смерти, характер телесных повреждений и выяснить ряд других вопросов, связанных со смертью человека. Основными документами, регламентирующими судебно-медицинскую экспертизу трупа, являются:

- Инструкция о порядке производства судебно-медицинской экспертизы трупа в Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь (утв. Приказом Государственного комитета судебных экспертиз РБ №147 от 13.07.2015);

- Постановление Государственного комитета судебных экспертиз РБ №16 от 24.05.2016 г. «Об утверждении Инструкции о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений»;

- Инструкция о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз (утв. Приказом Государственного комитета судебных экспертиз РБ №104 от 11.04.2014);

- Инструкция о порядке изъятия и направления биологического материала и иных объектов на судебно-химическую (биохимическую) экспертизу (утв. Приказом Государственного комитета судебных экспертиз РБ №134 от 08.05.2014);

- правовые акты Государственного комитета судебных экспертиз РБ.

Данные инструктивные документы разработаны в соответствии с процессуальным законодательством, определяют вопросы организации и особенности производства судебно-медицинской экспертизы трупа, устанавливают алгоритм действий государственных медицинских судебных экспертов при выполнении экспертного исследования трупа, обеспечивают соблюдение основных принципов судебно-экспертной деятельности (независимость, объективность, полноту исследования, научную обоснованность выводов).

В соответствии со ст. 228 УПК РБ установление причины смерти является одним из обязательных видов экспертизы. Судебно-медицинская экспертиза проводится только по постановлению лица, производящего дознание, следователя, прокурора или по определению суда (ст. 230 и 231 УПК РБ). В постановлении указываются обстоятельства дела, основания для назначения экспертизы, наименование учреждения, в котором должна быть произведена экспертиза, вопросы, поставленные на разрешение эксперта, и материалы, которые ему представлены.

Вскрытие трупа проводится в судебно-медицинских моргах органов Государственного комитета судебных экспертиз.

В исключительных случаях допускается проведение вскрытия эксгумированного трупа на открытом воздухе в теплое время года в сухую погоду при наличии достаточного естественного освещения и иных необходимых условий для работы.

Поводы и задачи судебно-медицинской экспертизы трупа

Поводами для судебно-медицинской экспертизы трупа являются прямые указания или подозрение на насильственный характер смерти. Поэтому данная экспертиза назначается в следующих случаях:

1. при насильственной смерти, независимо от места и времени ее наступления (механические повреждения, ожоги, электротравма, утопление, отравление и т.д.), в том числе и при наступлении смерти в лечебном учреждении;
2. при скоропостижной смерти, если причина ее не установлена;
3. при смерти в лечебном учреждении в течение первых суток, когда диагноз не установлен, и подозрении на насильственную смерть;
4. при смерти неизвестных лиц, независимо от ее причины, места и времени наступления;
5. при поданной в следственный комитет жалобе родственников умершего или других лиц на неправильное или несвоевременное лечение.

Основными задачами судебно-медицинской экспертизы трупа являются установление причины смерти и решение других вопросов, интересующих следственные органы и суд. В зависимости от обстоятельств дела и вида смерти эти вопросы могут быть различными: определение характера телесных повреждений, орудия травмы и механизма (способа) его действия; установление времени наступления смерти; факта приема алкогольных напитков перед смертью и др. При судебно-медицинском исследовании трупов лиц, умерших в лечебных учреждениях, кроме того, производится сопоставление судебно-медицинского диагноза с клиническим для выявления и объяснения расхождений, а также определяется правильность оформления медицинской документации. В случае необходимости установления правильности лечения экспертиза производится только комиссионно с участием высококвалифицированных специалистов-клиницистов соответствующего профиля.

Порядок, организация и техника выполнения судебно-медицинской экспертизы трупа

Судебно-медицинская экспертиза трупа включает следующие действия эксперта:

- ознакомление с постановлением о назначении экспертизы и другими документами, представленными судебному эксперту (копия протокола осмотра места происшествия, медкарта стационарного пациента, история развития ребенка и т.д.) и их изучение;
- определение порядка и составление плана исследования трупа;
- оформление при необходимости ходатайств о предоставлении дополнительных материалов и документов, необходимых для дачи заключения, и изучение предоставленных материалов и документов;
- наружное исследование трупа;
- внутреннее исследование трупа;
- изъятие материала для лабораторного исследования;
- составление вводной и исследовательской частей заключения эксперта;
- оформление врачебного свидетельства о смерти;
- комплексная оценка результатов непосредственного исследования трупа, лабораторных исследований и данных представленных эксперту материалов;
- составление судебно-медицинского диагноза;
- формулирование выводов;
- оформление «Заключения эксперта».

Изложенная схема последовательности действий эксперта может изменяться, уточняться или дополняться.

Эксперт имеет право на ознакомление с представленной документацией (постановление следователя, медицинскими документами и т.д.).

При изучении представленных документов выясняются условия обстоятельства наступления смерти, особое внимание обращается на сведения, имеющие значение для установления ее причины и ответов на другие вопросы из постановления.

При необходимости эксперт через следователя или через эксперта, выезжавшего на осмотр трупа на место происшествия, выясняет некоторые обстоятельства (перенесенные заболевания, травмы при жизни, вредные привычки, общее состояние здоровья в последнее время и другие катamnестические сведения).

Полное судебно-медицинское исследование трупа подразделяется на наружное, внутреннее и дополнительные исследования.

Техника судебно-медицинского исследования трупа

Наружное исследование трупа

Наружное исследование трупа включает:

1. Исследование *одежды на трупе, обуви, иных предметов*, доставленных с трупом, их снятие и исследование; биологическую характеристику трупа; описание признаков внешности методом словесного портрета; исследование повреждений, в необходимых случаях фотографирование и зарисовку их на контурных схемах частей тела человека; изъятие и упаковку объектов для дополнительных исследований. Исследование одежды начинают с перечисления отдельных ее предметов и их положения на трупе в момент осмотра. Отмечают наличие беспорядка в одежде. Сопоставляют расположение повреждений на всех слоях одежды с повреждениями на теле. Одежду снимают целиком, не повреждая разрезами, избегая загрязнений ее кровью. Если одежду снять невозможно, ее разрезают в местах, где нет повреждений и загрязнений, о чем делается запись в протокольной части. Описывают предполагаемый вид материала (шелк, шерсть и другое), цвет, степень изношенности, сохранность петель, пуговиц и застежек (на одежде трупов неизвестных лиц отмечается также наличие характерного рисунка, меток, фабричных ярлыков и других особенностей). Перечисляют и описывают содержимое карманов и другие предметы, доставленные с трупом. При наличии повреждений и загрязнений на одежде указывается их точная локализация (при этом приводятся стандартные наименования частей одежды и обуви), форма, размеры, расстояние от швов и других конкретных деталей одежды (карманов, клапанов, края бортов и др.), направление, характер краев и концов и другие особенности. Устанавливается взаиморасположение повреждений и загрязнений на одежде с повреждениями и следами на трупе. Повреждения и загрязнения измеряются и фотографируются. При обнаружении повреждений с признаками разрывов, разрезов, следов скольжения и т.д. или характерных изменений (отпечаток протектора, наложения смазки, частиц краски, копоты и т.д.), либо следов, похожих на кровь, сперму, рвотных масс, химических веществ, эксперт обязан принять меры к сохранению выявленных следов. С этой целью одежду при необходимости просушивают, упаковывают и в установленном порядке передают органу (лицу), назначившему экспертизу.

2. *Общая биологическая характеристика трупа* – определение пола, возраста (по внешнему виду), телосложения, степени упитанности (по степени развития подкожного жирового слоя), длины тела и при необходимости его массы.

3. Исследование *трупных явлений*:

- наличие на ощупь охлаждения трупа в приоткрытых одеждой и открытых частях тела. При необходимости не менее чем двукратно с часовым перерывом измеряется температура в подмышечной впадине и в прямой кишке, а при возможности в ткани печени. Также отмечается температура окружающей среды;
- наличие трупного окоченения, его распространенность и степень выраженности в разных группах мышц (лица, шеи, верхних и нижних конечностях). Окоченение определяется путем оттягивания вниз нижней челюсти, сгибания и разгибания конечностей в суставах, ощупывания мышц.
- отмечается (с указанием точного времени) наличие (отсутствие) трупных пятен, их локализация в конкретных областях тела; распространенность, интенсивность (островковые, сливные, обильные, скудные), характер, цвет, наличие кровоизлияний на их фоне; описываются участки, лишенные пятен (отпечатки одежды и предметов); трехкратно надавливается на трупное пятно с силой 2 кг/см^2 и фиксируется время восстановления первоначальной окраски (в секундах, минутах), отмечается сохранение способности к перемещению трупных пятен при изменении положения тела и степень отличия от первоначально возникших трупных пятен, делаются надрезы кожи для дифференциации трупных пятен и кровоизлияний;
- наличие локальных участков подсыхания кожи в области прижизненных и посмертных механических повреждений (пергаментные пятна), сдавлений кожи, отмечаются их локализация, форма, размеры, выраженность контуров, уровень расположения по отношению к окружающей их коже, наличие помутнения роговицы (пятна Ляйше), подсыхание слизистой оболочки каймы губ, тонких слоев кожи – концов пальцев, мошонки, между складок кожи в местах опрелости и других;
- диагностируют признак Белоглазова (изменение формы зрачка при надавливании с боков на глазное яблоко), механическое раздражение мышц плеча или бедра, раздражение скелетных мышц электричеством, берутся при необходимости отпечатки или мазки крови, секрета молочной железы, поверхности роговицы, кусочки кожи и мышц и направляют на лабораторное исследование;
- при наличии поздних изменений описывают их характер – гнилостный запах, увеличение размеров трупа («гигантский труп»), степень выраженности трупной зелени, гнилостной эмфиземы, гнилостной венозной сети, гнилостных пузырей, отслоенной надкожицы и т.д. При описании гнилостных пузырей отмечают их размеры, края, цвет жидкости, вид дна.

4. Осматривают *кожные покровы*. Отмечают:

- их цвет, вид (упругая, морщинистая); загрязнения (локализация, характер, форма, размеры, цвет, влажность и др.); особенности (кожа сухая, влажная, «гусиная», синюшная и т.д.);
- степень оволосения, длина волос на голове;
- наличие следов инъекций, высыпаний, припухлостей, струпов, изъязвлений, врожденных и приобретенных анатомических и иных индивидуальных особенностей (рубцы, родимые пятна, татуировки и прочее). При необходимости, например, при исследовании трупа неизвестного лица наряду с составлением словесного портрета, сигналитической фотографией, обнаруженные анатомические и другие индивидуальные особенности фотографируются с масштабной линейкой;

5. Исследуют *голову*. Отмечают:

- при ее ощупывании состояние костей мозгового и лицевого скелета, наличие подвижности, деформации, целостность хрящей носа, ушных раковин и других особенностей;
- цвет, длину волос, облысение и т.д.;
- глаза (открыты, закрыты, выпячивание глазных яблок), роговицы глаз (блестящие, мутные, подсыхание), зрачки (форма, ширина, равномерность), соединительные оболочки век (цвет, кровоизлияния, расширенная сосудистая сеть), консистенцию глазных яблок и др.;
- наличие одутловатости лица;
- наличие и характер выделений из носа, рта, ушей и характер выделений;
- состояние слизистой оболочки каймы губ;
- открыт ли рот, сомкнуты ли зубы, имеется ли ущемление языка;
- особенности зубов, наличие и количество коронок и протезов, перечисляют отсутствующие зубы, состояние лунок и десен;
- наличие или отсутствие в полости рта крови, частичек пищевых масс, порошков, иных инородных предметов.

6. Осматривают шею, туловище, живот, спину, конечности, подмышечные впадины, складки кожи под молочными железами, промежность и область заднего прохода.

- *шея*: отмечают соразмерность ее с туловищем и наличие на ней повреждений;
- *туловище*: отмечают форму грудной клетки, симметричность ее, целостность ребер на ощупь. У трупов женщин: форму и размеры молочных желез, их консистенция, цвет сосков и околососковых кружков, форма сосков (втянутые, конические, цилиндрические), характер выделений из сосков при надавливании на железы. Повреждения груди;
- *живот*: отмечают уровень брюшной стенки по сравнению с реберными дугами, наличие жидкости (баллотирование), рубцы беременности, белую линию живота, пупочное кольцо, рубцы, наличие паховых грыж, других особенностей. Повреждения живота;
- *спина*: отмечают целостность позвоночника при ощупывании, повреждения либо какие-либо патологические изменения на спине.
- *конечности*: отмечают деформацию, атрофию мышц, целостность костей на ощупь;
- *заднепроходное отверстие*: отмечают состояние кожи вокруг него, степень зияния, геморроидальные узлы, загрязнение каловыми массами.

7. *Наружные половые органы*: отмечают правильность их развития, тип оволощения на лобке, наличие выделений, повреждений, рубцов, язв и других особенностей. У мужских трупов – выделение спермы, мочи, гноя из мочеиспускательного канала, определяют состояние крайней плоти, наличие яичек в мошонке. У трупов женщин бедра разводят в стороны. Отмечают развитие половых губ, цвет слизистой преддверия влагалища, особенности девственной плевы (форма, толщина, растяжимость, состояние свободного края, расположение выемок и разрывов соответственно цифрам часов, их количество, симметричность, особенности краев). Содержимое влагалища, характер и цвет выделений из половой щели. Наличие наложений крови, спермы на коже в окрестности половых органов, на бедрах.

8. Описывают все наружные повреждения (правила описания повреждений указаны в Постановлении Государственного комитета судебных экспертиз РБ №16 от 24.05.2016 г. об утверждении «Инструкции о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений»). Степень тяжести телесного повреждения при производстве судебно-медицинской экспертизы устанавливается с учетом признаков, предусмотренных ныне действующими

Уголовном кодексе РБ и Кодексе РБ об административных правонарушениях. Все обнаруженные наружные повреждения описываются при последовательном осмотре различных областей трупа либо отдельно, либо при завершении описания наружного исследования. Исследование наружных повреждений производится вначале невооруженным глазом, а при необходимости и с помощью лупы.

9. Фотографируют общий вид трупа, обнаруженные повреждения, следы-наложения, при необходимости – анатомические и другие особенности (родимые пятна, татуировки, рубцы и т.п.). Составляют схемы наружных повреждений на контурных изображениях (схемах) частей тела человека, зарисовывают повреждения и характерные следы на одежде и обуви.

В конце исследовательской части заключения делается запись обо всех произведенных действиях и манипуляциях, связанных с забором биологического материала для производства экспертиз в иных структурных подразделениях органов Государственного комитета судебных экспертиз.

Внутреннее исследование трупа

При внутреннем исследовании трупа в обязательном порядке исследуют полость черепа, грудную и брюшную полости. Позвоночник и спинной мозг подлежат исследованию при наличии их повреждений, заболеваний, при черепно-мозговой травме, дорожно-транспортных происшествиях, падении с различной высоты, в остальных случаях – при необходимости.

Повреждения, причиненные в процессе экспертизы трупа (переломы ребер, хрящей гортани, костей черепа и т.п.), должны быть отражены в заключении эксперта.

Последовательность и приемы исследования полостей и органов определяет государственный медицинский судебный эксперт, руководствуясь предварительными сведениями об обстоятельствах смерти, конкретными особенностями случая, задачами исследования и соответствующими методическими материалами, придерживаясь при возможности системного порядка при исследовании и оформлении его результатов (центральная система, сердечно-сосудистая система и т.д.).

Анатомические разрезы, отсепаровка мягких тканей, выделение и исследование внутренних органов производится самим государственным медицинским судебным экспертом.

При подозрении на воздушную (газовую) эмболию или пневмоторакс предварительно производят соответствующие пробы (прокалывая желудочки сердца под водой или плевральные полости). Выделение пузырьков воздуха из прокола в воду свидетельствует о положительном результате пробы.

Перед проведением пробы при возможности проводят рентгенографию.

При подозрении на повреждение сердца, легких, крупных кровеносных сосудов; при вскрытии трупов лиц, которым выполнялось медицинское вмешательство (хирургическая операция на вышеуказанных органах, пункция, катетеризация сосудов); при вскрытии трупов женщин фертильного возраста, умерших при невыясненных обстоятельствах или при подозрении на аборт, обязательно проведение пробы на воздушную эмболию.

Результаты указанных проб имеют диагностическое значение только при отсутствии гнилостных изменений трупа.

Вскрытие полости черепа и исследование головного мозга.

1. Реберным ножом проводят дугообразный разрез мягких тканей головы от одного сосцевидного отростка к другому через теменные бугры.

2. Кожно-мышечные лоскуты отсепааровывают до уровня надбровных дуг и затылочного бугра. Осматривают внутреннюю поверхность кожно-мышечного лоскута головы и кости свода черепа с целью выявления повреждений.

3. Кости свода черепа распиливаются чаще всего циркулярно по линии спереди на 2-3 см выше краев глазниц, по бокам симметрично через чешуи височных костей и сзади через затылочную кость до затылочного бугра. Пилят осторожно, не повреждая твердую мозговую оболочку. Голова удерживается левой рукой, обмотанной тряпкой во избежание травмы. Не допиленные части осторожно разъединяют долотом. Отпиленный фрагмент свода черепа отделяется от твердой мозговой оболочки при помощи крючка секционного молотка. Описывают:

- толщину костей черепа на распиле;
- измеряют продольный и поперечный размеры черепа (при черепно-мозговой травме);
- исследуют повреждения свода черепа;
- отмечают состояние швов черепа.

4. Описывают степень напряжения и цвет твердой мозговой оболочки, сращение ее с костями, наличие кровоизлияний, повреждений, наложений, кровенаполнение сосудов и пазух. Далее разрезают продольный венозный синус и твердую мозговую оболочку по линии распила черепной крышки, осматривают внутреннюю поверхность левой и правой половины ее. Большой серп перерезают у петушиного гребня, затем захватив пинцетом, оттягивается твердая мозговая оболочка назад и вниз. Для извлечения головного мозга лобные доли отодвигают левой рукой на себя, рассекают сосуды и нервы на основании черепа, перерезают намет мозжечка по задним краям пирамид височных костей и пересекают в глубине большого затылочного отверстия спинной мозг.

5. Исследуют головной мозг:

- описывают прозрачность и кровенаполнение мягких мозговых оболочек, характер подпаутинного содержимого и цистерн;
- отмечают симметричность полушарий, степень выраженности рельефа борозд и извилин, отсутствие или наличие полос от давления краем серповидного отростка, намета мозжечка, большого затылочного отверстия;
- отмечают выраженность общего рисунка строения мозговой ткани и ее анатомических структур, в особенности в стволовом отделе, а также степень ее влажности и кровенаполнения;
- описывают содержимое желудочков, состояние эпендимы и сплетений, определяют, не расширены ли желудочки;
- исследуют сосуды основания мозга, отмечая наличие анатомических аномалий, атеросклеротических изменений и др.;
- измеряют гипофиз, отмечают рисунок и цвет его ткани на разрезе;
- при обнаружении кровоизлияний, очагов размягчения или ушибов мозга, опухолей указывают их точную локализацию в пределах полушария, доли и ее поверхности, размеры, массу, объем, вид и форму с поверхности и на разрезе, состояние вещества головного мозга по периферии очага;
- после удаления твердой мозговой оболочки осматривают кости основания черепа и отмечают их повреждения и патологические изменения;
- вскрывают придаточные пазухи, отмечают отсутствие или наличие в них содержимого.

Для вскрытия мозга пользуются различными методами. Применение каждого из них определяется задачами конкретного случая.

В настоящее время наиболее часто на практике судебно-медицинскими экспертами применяется для исследования головного мозга способ **Вирхова**. Производят

вскрытие боковых желудочков через продольные разрезы медиальных поверхностей больших полушарий, рассекают большие полушария продольными параллельными разрезами со стороны их белого вещества, пересекают поперечно передний конец мозолистого тела, выполняют фронтальные разрезы через серые узлы и прилежащее к ним белое вещество, продольно рассекают стволотой отдел, радиально – мозжечок.

Преимущества способа: позволяет наилучшим образом исследовать желудочковую систему мозга и его основные внутренние структуры. Недостатки: не обеспечивает в достаточной мере представление о дислокационных изменениях мозга, а также о локализации и объеме очаговых поражений коры.

Наиболее простым, доступным при всяких обстоятельствах, не портящим препарата и позволяющим подробно исследовать мозг является способ горизонтального разреза его.

При вскрытии мозга по методу **Флексига** в положении мозга основанием книзу, лобными долями вправо от вскрывающего производят один горизонтальный разрез через оба полушария мозга. Разрез ведут на высоте 3-4 см от основания, начиная от полюсов лобных долей до середины височных долей, потом разрез несколько приподнимают кверху, заканчивая в верхней части затылочных долей (не повреждая мозжечок). Отрезанная верхняя половина головного мозга укладывается извилинами книзу. Определяется степень влажности головного мозга, кровенаполнение, состояние мозговых желудочков, их содержимое, четкость границ серого и белого вещества, наличие кровоизлияний, очагов размягчений и т.п. Исследуют мозжечок, разрезая его горизонтально на две половины. Для дополнительного исследования делают фронтальные разрезы верхней и нижней половин головного мозга, стволотой части и мозжечка.

Преимущества способа: позволяет составить наглядное представление об объемных процессах во внутренних структурах мозга. Недостатки: менее пригоден для исследования очаговых ушибов коры, мало целесообразен при исследовании стволотых отделов мозга.

В случаях черепно-мозговой травмы с внутримозговыми повреждениями предпочтительнее метод вскрытия головного мозга по **Фишеру** фронтальными разрезами со стороны основания мозга:

1. непосредственно у задних частей обонятельных луковиц;
2. впереди от перекреста зрительных нервов;
3. через маммиллярные тела;
4. у переднего варолиева моста;
5. через середину варолиева моста;
6. через переднюю часть продолговатого мозга;
7. через середину олив.

На плоскостях разрезов определяют участки кровоизлияний в серое, белое вещество, в мягкую мозговую оболочку и мозговые желудочки.

Преимущества способа: позволяет хорошо ориентироваться в дислокационных изменениях мозга и повреждениях его глубинных структур, а также коры и ближайшей подкорковой зоны.

Исследование внутренних органов шеи, груди и живота.

1. Реберным ножом делают основной разрез по средней линии от уровня верхнего края щитовидного хряща вниз, обходя пупочное кольцо слева.

2. Отмечают цвет мышц, наибольшую толщину подкожно-жирового слоя. Разрезы мягких тканей производят, по возможности, не затрагивая наружные поврежде-

ния, операционные раны, свищи и др., а также инородные предметы, оставшиеся в ранах.

3. Осматривают на месте органы шеи, грудной и брюшной полостей. Отмечают:

- правильность расположения органов;
- пороки развития;
- степень выполнения легкими плевральных полостей;
- высоту стояния диафрагмы;
- наличие спаек в плевральной и брюшной полостях;
- состояние пристеночной плевры и брюшины, брыжейки, лимфатических узлов, области солнечного сплетения;
- вздутие или спадение желудка и петель кишечника;
- степень кровенаполнения верхней и нижней полых вен;
- наличие или отсутствие постороннего запаха от полостей и органов;
- в случае обнаружения забрюшинной гематомы определяют ее размеры и уровень расположения.

4. В необходимых случаях для обнаружения тромбоэмболии или инородных тел в дыхательных путях производят на месте вскрытие и осмотр основного ствола и главных ветвей легочной артерии либо соответственно гортани и трахеи.

5. Извлекают органы. Для извлечения органов применяют в зависимости от конкретных обстоятельств метод раздельной или полной эвисцерации. Г.В. Шор (1925) предложил извлекать внутренние органы единым комплексом и вскрывать вначале органы, расположенные на задней поверхности комплекса, а затем органы, расположенные спереди.

6. Все органы измеряют и исследуют с поверхности и на разрезах. Отмечают их консистенцию, выраженность анатомической структуры, цвет, кровенаполнение, специфический запах, тщательно исследуют и описывают изменения и повреждения; в полых органах определяют характер и объем содержимого. При необходимости взвешивается головной мозг, сердце, легкие (раздельно), печень, селезенка, почки (раздельно). Взвешивание щитовидной, зубной, поджелудочной желез, надпочечников, гипофиза, эпифиза и иных органов производят при наличии их патологии.

7. Вскрывают магистральные артерии шеи. Отмечают:

- наличие их патологической извитости, сдавления остеофитами, надрывов внутренней оболочки сосудов;
- осматривают мягкие ткани и сосудисто-нервные пучки шеи для исключения кровоизлияний.

8. Исследуют язык, миндалины, гортань, дыхательное горло, глотку, щитовидную и парашитовидную железы, лимфатические узлы. Проверяют целостность подъязычной кости и хрящей гортани.

9. Вскрывают аорту, пищевод.

10. Осматривают легочную плевру, отмечают наличие и описывают наложения, кровоизлияния, их форма, величина, множественность, локализация.

11. Ножницами разрезают бронхи до мелких разветвлений, указывают на отсутствие или наличие в них содержимого, отмечают цвет и кровенаполнение слизистой оболочки. Затем осматривают бронхиальные и бифуркационные лимфатические узлы (отмечают их величину, плотность и цвет на разрезе).

12. Производят разрез легкого большим ампутационным ножом от верхушки сбоку до корня и диафрагмальной поверхности через уплотнения, полости и пр. При этом передние поверхности обоих легких должны быть обращены вверх. Ладонью левой руки следует прижимать легкое к секционному столу. Если одного разреза окажется-

ся мало, делают дополнительные разрезы, но обязательно параллельные первому, разделяя орган на слои, подобно листам книги. Отмечают:

- цвет легких с поверхности и на разрезах;
- степень воздушности и кровенаполнение легочной ткани;
- характер жидкости, стекающей с ее поверхности при надавливании;
- наличие и характер очаговых изменений;
- описывают паратрахеальные и бронхиальные лимфатические узлы.

13. Метод вскрытия сердца выбирает эксперт. Метод должен предусматривать исследование венечных артерий на всем протяжении и миокарда во всех отделах. Полости сердца вскрывают по ходу тока крови. Сначала вскрывают правое предсердие и правый желудочек, затем левое предсердие и левый желудочек, далее – легочную артерию и аорту. Со стороны аорты осматриваются устья венечных артерий, определяется их проходимость. Вскрывается левая коронарная артерия и ее две главные ветви, затем правая. Предпочтительно вначале вскрыть венечные артерии поперечными разрезами, а затем продольными.

Описывают:

- состояние перикарда, количество и характер его содержимого;
- кровенаполнение полостей сердца и характер свертков крови;
- состояние эпикарда, эндокарда, миокарда, венечных артерий, клапанов, папиллярных мышц;
- измеряют толщину стенок желудочков и перегородки, периметр аорты над клапанами;
- при наличии легочной патологии производят отдельное взвешивание отделов сердца – сердце освобождают от жира, собственных сосудов, клапанов и разделяют на четыре части: оба предсердия с их перегородкой отделяют по предсердно-желудочковой борозде, отделяют стенки желудочков от их перегородки; получают 4 части: 1) оба предсердия вместе с их перегородкой, 2) левый желудочек, 3) правый желудочек 4) межжелудочковая перегородка;

14. Последовательность исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства определяет эксперт. Вскрытие желудка производят ножницами по большой кривизне или по передней стенке. Отмечают:

- его форму;
- количество и вид содержимого;
- состояние оболочки (цвет, выраженность складчатости, наличие кровоизлияний, изъязвлений, рубцов и др.). Из желудка проходят в двенадцатиперстную кишку, предварительно проверив пальцем пилорическое отверстие. Проходимость желчных путей проверяют нажатием на желчный пузырь. Желчный проток вскрывают по зонду, вставленному в дуоденальный сосок.

15. Вскрывают кишечник на всем протяжении большими ножницами (пуговчатая бранша внутрь!): тонкий кишечник – по стороне, противоположной месту прикрепления брыжейки, а толстый – по одной из tenia. Описывают:

- характер и количество содержимого различных отделов;
- состояние слизистой оболочки (цвет, наличие изъязвлений, кровоизлияний и др.);
- другие особенности.

Промывание кишечника водой запрещается (возможность смывания и растворения яда).

16. При исследовании поджелудочной железы ножницами разрезают желудочно-ободочную связку и отводят желудок вверх, а поперечную ободочную связку кни-

зу. Поджелудочная железа разрезается вдоль (отмечают: ее кровенаполнение, долячатость, окраска, наличие кровоизлияний).

17. Печень измеряется в четырех плоскостях (длина, ширина правой и левой долей, толщина правой доли). При осмотре отмечают состояние переднего края (закруглен или заострен), гладкость поверхности. Разрез осуществляют большим ампутационным ножом по верхней поверхности печени через обе доли на всю толщу органа (отмечают: цвет, выраженность рисунка строения и другие особенности).

18. Селезенку разрезают через выпуклую поверхность в продольном направлении, измеряют (длину, ширину, толщину). Описывают: состояние капсулы, цвет, плотность, кровоизлияние, наличие соскоба.

19. При вскрытии надпочечников описывают их форму, размеры, состояние коркового и мозгового слоев.

20. Почки освобождают тупым путем от окружающей жировой клетчатки, измеряют (длину, ширину, толщину) и поочередно вскрывают. Почка кладется в левую руку и разрезается длинным ампутационным ножом по длиннику до ворот на две половины. С каждой половины пинцетом снимается капсула и осматривается поверхность под ней. При исследовании почек также обращают внимание на их кровенаполнение, рисунок строения, толщину коркового вещества, состояние лоханок.

Мочеточники вскрывают маленькими ножницами от лоханок до мочевого пузыря с последующим определением их проходимости и состояния слизистой оболочки.

21. Исследуют органы малого таза. Отмечают количество мочи в мочевом пузыре, ее цвет, прозрачность, вид и цвет слизистой оболочки, наличие конкрементов.

22. У женщин описывают состояние влагалища и его сводов, форму матки, ее шейки и наружного зева, определяют размеры и консистенцию матки. Исследуют состояние слизистого и мышечного слоев матки, а также трубы, яичники, околоматочную клетчатку с сосудами.

23. У мужчин исследуют предстательную железу, указывают размеры, консистенцию и вид ткани, степень наполнения секретом семенных пузырьков, отмечают особенности ткани яичек.

24. Исследуют кости таза путем ощупывания. При необходимости отделяют мышцы, выстилающие таз, и тазовую клетчатку.

25. В случаях транспортной травмы или при подозрении на нее, при падениях, в других случаях повреждений тупыми предметами, когда не исключается возможность возникновения кровоизлияний в глубоких мышцах и разрывов связок, мышц, повреждения костей производят разрезы мягких тканей задней поверхности тела (от затылочного бугра до крестца по линии остистых отростков позвонков и далее через ягодицы по задней поверхности бедер и голеней) и их препаровку для обнаружения (исключения) указанных повреждений.

26. Исследуют позвоночный канал. Вскрытие спинномозгового канала производят распилом задних дужек всех позвонков по бокам от остистых отростков или продольным косым распилом по А.А. Солохину (1958). Обращают внимание на наличие в нем жидкости или крови, состояние твердой мозговой оболочки спинного мозга. Спинной мозг извлекают с твердой мозговой оболочкой. Описывают вид оболочек и состояние мозговой ткани на последовательных поперечных разрезах. Осматривают позвонки, межпозвоночные диски со стороны позвоночного канала и отмечают их особенности, повреждения, деформации, болезненные изменения. Исследуют область атланто-окципитального сочленения для обнаружения кровоизлияний, разрывов связок, переломов.

Изъятие материала для лабораторных исследований

При проведении судебно-медицинской экспертизы трупа обязательному изъятию подлежат:

1. Во всех случаях:

- кровь и моча в количестве около 10-20 мл в емкости, заполненные под пробку, для определения наличия и количества этилового спирта во всех случаях смерти (за исключением случаев смерти взрослых лиц, находившихся в организации здравоохранения в стационарных условиях более одних суток, и малолетних детей). Кровь берут пипеткой или шприцем из крупных вен конечностей или синусов твердой мозговой оболочки;
- кусочки внутренних органов и тканей для гистологического (гистохимического) исследования (в ряде случаев кусочки хранят в архиве без проведения исследования).

Органы и ткани трупа для гистологического (гистохимического) исследования изымает эксперт, производивший исследование трупа.

2. При убийствах, или подозрениях на них, половых преступлениях:

- кровь для определения групповой принадлежности и генотипоскопической экспертизы;
- желчь или моча для определения категории выделения;
- подногтевое содержимое пальцев рук;
- тампоны и мазки содержимого влагалища для обнаружения спермы;
- волосы с головы и лобка для сравнительного исследования;

3. При насильственной смерти, сопровождавшейся наружным повреждением или кровотечением:

- кровь для определения групповой принадлежности и генотипоскопической экспертизы;

4. При дорожно-транспортных происшествиях:

- кровь для определения групповой принадлежности и генотипоскопической экспертизы;
- волосы с головы.

5. При подозрении на отравление веществом неизвестной природы, а также при комбинированных отравлениях:

- в емкость 1 – не менее 200 мл крови;
- в емкость 2 – всю мочу;
- в емкость 3 – желудок с содержимым;
- в емкость 4 – около 1 м тонкой кишки с содержимым из наиболее измененных отделов;
- в емкость 5 – не менее 1/3 части печени из наиболее полнокровных участков и невскрытый желчный пузырь с желчью;
- в емкость 6 – одну почку;
- в емкость 7 – не менее 1/3 части головного мозга;
- в емкость 8 – не менее 1/4 части легкого.

6. При исследовании трупов неустановленных лиц:

- кровь для определения групповой принадлежности и генотипоскопической экспертизы;
- желчь или моча для определения категории выделения;
- волосы с головы, ногти, большой коренной зуб без болезненных изменений, фрагмент трубчатой кости с костным мозгом, мышечная ткань (при исследо-

вании гнилостно измененных, мумифицированных, расчлененных и скелетированных трупов);

- костные останки скелетированных и неопознанных обгоревших трупов после исследования в морге – для определения вида, пола, возраста и роста погибшего.

7. При скоропостижной смерти детей и в соответствующих случаях скоропостижной смерти взрослых:

- мазки-отпечатки из дыхательных путей, легких, головного мозга для бактериологического и вирусологического исследования.

8. При подозрении на смерть от инфекционных заболеваний или бактериальных пищевых отравлений:

- кровь, части внутренних органов, мазки-отпечатки органов для микробиологического и вирусологического исследований.

9. При смерти от утопления и отсутствии четкой морфологической картины утопления:

- не вскрытая почка либо 50-100 г костного мозга из бедренной или плечевой кости;
- жидкость из пазухи основной кости;
- для контроля часть лёгкого.

Посуду, предназначенную для взятия образцов, предварительно механически очищают, промывают водой, обрабатывают хромовой смесью, два-три раза ополаскивают дистиллированной водой и высушивают. Инструменты должны быть чистыми и сменными.

10. При смерти от огнестрельных повреждений, повреждений острыми рубящими, режущими, колюще-режущими и тупыми предметами:

- одежда, кожа, части хрящей и кости с повреждениями, паренхиматозные органы с раневым каналом для медико-криминалистического исследования.

Оформление заключения эксперта

По результатам экспертизы трупа оформляется заключение эксперта (приложение 2). Заключение эксперта состоит из вводной части, исследовательской части и выводов. Вводная и исследовательская части именуются протокольной частью заключения эксперта.

В вводной части отмечается: разъяснение эксперту процессуальных прав и обязанностей и предупреждении об ответственности за дачу заведомо ложного заключения и за отказ от дачи заключения, а также за неисполнение без уважительных причин своих процессуальных обязанностей, подписка эксперта, дату начала (при необходимости время) и окончания производства судебной экспертизы (дату приостановления и возобновления производства судебной экспертизы, если данные обстоятельства имели место), ее регистрационный номер, вид; условия производства экспертизы (освещение, температура воздуха и др.), наличие постановления, на основании которого произведена экспертиза с указанием фамилии и должности назначившего ее лица и даты назначения, место производства экспертизы, фамилия, имя и отчество государственного медицинского судебного эксперта (экспертов), занимаемая должность и место работы, специальность, стаж работы по специальности, квалификационная категория, ученая степень и ученое звание, иные сведения; фамилия, имя и отчество покойного, его возраст; фамилия, инициалы, должность, место работы лиц, присутствовавших при экспертизе; вопросы, поставленные на разрешение экспертизы; обстоятельства наступления смерти (сведения из постановления, протокола осмотра места происшествия, история болезни и другие документы, представленные следователем; представленные в

распоряжение эксперта материалы (постановление, труп); результаты разрешения заявленных ходатайств (ходатайства судебного эксперта оформляют с указанием дат их заявления и получения ответов, результатов их рассмотрения).

Вопросы, поставленные эксперту, приводятся в вводной части без изменения их формулировки.

Исследовательская часть «заключения эксперта» включает последовательное изложение процесса исследования трупа и всех выявленных при этом фактических данных. Констатируются не только обнаруженные травматические или болезненные изменения, нормальное состояние отдельных органов и тканей, посторонние запахи и т.д., но и отсутствие имеющих значение для дела изменений или особенностей. Не допускается подмена подробного описания диагнозами («абсцесс», «ушибленная рана», «входное огнестрельное отверстие») или выражениями «в норме», «без особенностей» и т.п., а также сокращение слов, за исключением общепринятых.

Исследовательская часть должна быть изложена четко, понятно для лиц, не имеющих специальных познаний в судебной медицине. При невозможности обойтись без специальных медицинских терминов поясняют их смысл.

После протокольной части «Заключения эксперта» приводят **судебно-медицинский диагноз**.

Судебно-медицинский диагноз составляется на основании объективных данных, полученных при вскрытии трупа, результатов экспертиз, выполненных в иных структурных подразделениях органов Государственного комитета судебных экспертиз, и имеющихся в распоряжении судебного эксперта клинических, инструментальных и лабораторных данных, полученных из медицинских документов организаций здравоохранения (например, из медицинской карты стационарного пациента и (или) медицинской карты амбулаторного больного).

Составление диагноза имеет целью систематизацию и последовательное изложение в сжатой форме сущности изменений и повреждений, обнаруженных при исследовании трупа, а также сопоставление их с клиническим диагнозом. Поскольку экспертная оценка выявленных изменений и повреждений делается в выводах, диагноз не подменяет выводов и способствует правильному, последовательному и обоснованному их составлению.

Диагноз строится по патогенетическому принципу с отражением последовательности развития обнаруженных изменений и указанием: 1) основного повреждения (заболевания) и его ближайшие последствия (пневмоторакс, кровоизлияния, аспирация кровью и др.); 2) осложнения основного повреждения (заболевания); 3) хирургические вмешательства по поводу основного повреждения (заболевания) и его осложнений (с указанием дат); 4) сопутствующие заболевания, повреждения, состояния.

Принципы построения судебно-медицинского диагноза:

- Нозологический (каждая рубрика должна начинаться с наименования нозологической формы [нозологической единицы], если это невозможно — синдрома). Нозологическая форма (единица) определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
- Соответствие международной номенклатуре и классификациям болезней (Международной номенклатуре болезней и Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра [МКБ-10];

Принцип структурного оформления (рубрификации) диагноза подразумевает выделение трех рубрик:

1. Основное заболевание – одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к смерти.

При смертельных травмах основная причина смерти может включать в себя повреждение не только какой-то одной области тела, но и комплекс повреждений двух и более областей (сочетанная травма), объединенных одним механизмом образования (при падениях с высоты) или последовательными фазами одной травмы (при транспортной травме).

В качестве основного заболевания могут выступать медицинские вмешательства, если они привели к смерти пациента.

Рубрика «основное заболевание» может быть представлена двумя нозологическими формами, т.е. может быть комбинированным (два или более конкурирующих, сочетанных заболеваний; основное и фоновое заболевания).

К *фоновым* заболеваниям (травмам) следует относить только те определенные нозологические формы, которые образуют вместе с основным неразрывную патогенетическую цепь, в которой фоновое заболевание (травма) ускоряет развитие основного, утяжеляет его течение, способствует, а в большинстве случаев и непосредственно участвует в развитии смертельных осложнений.

2. Осложнения основного заболевания, включая смертельное осложнение (непосредственную причину смерти).

Осложнениями считаются нозологические формы (травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы), которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, не являются при этом его проявлениями и существенно утяжеляют его течение, становясь нередко причиной смертельного исхода.

Примеры осложнений основного заболевания (повреждения):

- Жировая эмболия при переломах длинных трубчатых костей;
- Гипостатическая пневмония при черепно-мозговой травме;
- Массивная кровопотеря при резаных ранах предплечья;
- Отек и дислокация головного мозга при черепно-мозговой травме;
- Острая почечная недостаточность при отравлении этиленгликолем;
- Гнойный медиастинит при отравлении концентрированной серной кислотой с химическим ожогом пищевода и др.;

3. Сопутствующие заболевания. К сопутствующим заболеваниям относятся нозологические формы, которые не имели этиологической или патогенетической связи с основным заболеванием и его осложнениями, не оказывали влияния на их течение и развитие неблагоприятных влияний, не играли существенной роли в генезе смерти.

Выводы «Заключения эксперта» составляются после окончания всех исследований, связанных с экспертизой трупа. Заключение эксперта по судебно-медицинской экспертизе трупа является одним из видов доказательств. Поэтому выводы эксперта, данные в утвердительной форме, имеют исключительно важное значение для следственного комитета. Выводы формулируются на основе всестороннего, глубокого и объективного анализа и синтеза результатов, полученных при экспертизе трупа. В выводах в краткой, четкой, не допускающей различных толкований форме излагаются ответы на поставленные перед государственным медицинским судебным экспертом вопросы.

В случаях, если вывод не может быть сформулирован без подробного описания результатов исследования, изложенных в исследовательской части заключения эксперта и содержащих исчерпывающий ответ на поставленный вопрос, допускается ссылка на исследовательскую часть заключения эксперта.

Выводы следует излагать четко и конкретно, не допуская различного их толкования.

Заключение подписывается экспертом.

К «Заключению эксперта» прикладываются фототаблицы, схемы повреждений, заключения всех экспертиз, произведенных другими экспертами в процессе экспертизы трупа, справка о стоимости производства судебной экспертизы, сопроводительная записка об окончании экспертизы.

«Заключение эксперта», а также все прилагаемые к нему материалы, подтверждающие выводы судебного эксперта, составляют в двух экземплярах, один из которых передают инициатору назначения экспертизы, а другой остается на хранении в архиве экспертного структурного подразделения Государственного комитета в течение сроков, устанавливаемых Государственным комитетом судебных экспертиз.

Не допускается подмена заключения эксперта различными справками и выписками. По просьбе лица, назначившего экспертизу трупа, эксперт, вправе до оформления выводов высказать устно свое предварительное суждение по отдельным вопросам, интересующим это лицо, если для такого предварительного суждения имеются достаточные объективные основания.

Средние размеры и масса органов взрослых (по А.И. Абрикосову)

Органы	Масса	Длина	Ширина	Толщина
Сердце	270	8,5-9	9-10,5	3,0-3,5
Стенка желудочков сердца: Правого левого	–	–	–	0,2-0,3 0,7-1,2
Печень	1600	19-21	25-30	6-9
Поджелудочная железа	90-120	23	3,5	2
Почка	150	11-12	5-6	3-4
Селезенка	150-180	1-12	7-8	3-4
Предстательная железа	15-17	2,3-3,4	3,2-4,7	1,4-2,3
Яичко	18-25	4-5	2-2,7	2,5-3,5
Матка: у нерожавших у рожавших	33-41 102-117	7,8-8,1 8,7-9,4	3,4-4,5 5,4-6,1	1,8-2,7 3,2-3,6
Яичники: у молодых у пожилых	6,8 1,5-2,5	4,1-5,2 2,7-4,1	2-2,9 1,4-1,6	1-1,1 0,7-0,9
Щитовидная железа	20-30	5-7	3-4	1,5-2
Вилочковая железа	11-18	–	2,5-3,5	0,5
Надпочечник	4-6	4-5	–	0,5

**Образец для оформления заключения эксперта студентами при обучении
на дисциплине «судебная медицина»**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

ПОДПИСКА

Мне, Ф.И.О., 03.08.2017, в соответствии со статьей 230 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь разъяснены права и обязанности эксперта, предусмотренные статьей 61 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь.

Об ответственности, установленной законодательными актами, а также об уголовной ответственности за отказ, либо уклонение без уважительных причин от исполнения возложенных на меня обязанностей, а также за дачу заведомо ложного заключения в соответствии со статьями 401 и 402 Уголовного кодекса Республики Беларусь предупреждена.



Ф.И.О.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА

01.09.2017

учебная

Студент Ф.И.О. 5 курс, леч. ф-т ВГМУ, на основании постановления о назначении экспертизы, вынесенного 03.08.2017 старшим следователем СО Шумилинского районного отдела Следственного комитета Республики Беларусь майором юстиций Ф.И.О., по материалам проверки по факту смерти гр-на Ф.И.О., провел судебно-медицинскую экспертизу трупа гр-на Ф.И.О., 08.05.1982 г.р., зарег. по адресу: гп. Шумилино, ул. Советская дом 30, кв.7.

Судебно-медицинское исследование трупа проводится при температуре 18 градусов, смешанном освещении.

При проведении экспертизы присутствовали: студенты (курс, факультет, номер группы) ВГМУ

Экспертиза начата 03.08.2017 11:30

Экспертиза окончена 01.09.2017

ПОСТАВЛЕННЫЕ ПЕРЕД ЭКСПЕРТОМ ВОПРОСЫ:

1 «Какова причина смерти Ф.И.О.?»



2. Имеются ли телесные повреждения у Ф.И.О., каков механизм причинения данных телесных повреждений, их локализация, степень тяжести, давность образования?

3. Находятся ли имеющие телесные повреждения у Ф.И.О. в причинной связи с наступившей смертью?

4. Находился ли Ф.И.О. на момент наступления смерти в состоянии алкогольного опьянения?»

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ В РАСПОРЯЖЕНИЕ ЭКСПЕРТА МАТЕРИАЛЫ:

1. Постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы.

2. Труп гр-на Ф.И.О.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗРЕШЕНИЯ ЗАЯВЛЕННЫХ ХОДАТАЙСТВ:

Ходатайства не заявлялись.

Из постановления известно: «03 августа 2016 года, в 06 часов 11 минут в Шумилинский РОВД поступило сообщение о том, что в г.п. Шумилино в доме № 30 по ул. Советской в повешенном состоянии обнаружен труп Ф.И.О.».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Труп доставлен на исследование завернутый в покрывало с черно-бело-бордовым рисунком, материал хлопчатобумажный. На трупе одето: трусы серо-коричневого цвета с наложением коричневых каловых масс на внутренней стороне, материал синтетический; черные кожаные сланцы со вставками по бокам из текстильного материала бело-красно-зеленого цвета. Труп мужчины нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Длина тела 172см, с вытянутой вверх правой рукой 215см. Кожный покров бледный. Труп холодный на ощупь из холодильной камеры. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. Трупные пятна разлитые, синюшно-фиолетовые, располагаются на лице и по задней поверхности, при надавливании пальцем исчезают и восстанавливают свою окраску через 90 секунд (трупные явления зафиксированы в 11:50). Волосы на голове светлорусые, длиной до 4см. Глаза закрыты, соединительные оболочки век светло-розовые, с множественными мелкоточечными темно-красными кровоизлияниями. Роговицы прозрачные, влажные. Зрачки диаметром по 0,6см. Отверстия носовых ходов, наружные слуховые проходы свободные. Рот закрыт, в полости постороннее содержимое отсутствует. Переходная кайма губ синеватая, влажная. Слизистая оболочка преддверия полости рта темно-фиолетовая. Зубы: на верхней челюсти справа: 1-4 – свои, коронковые части 5,7,8 зубов отсутствует; на верхней челюсти слева: 3-8 – свои; на нижней челюсти справа: 1-7 – свои; на нижней челюсти слева: 1-7 – свои, коронковая часть 8-его зуба отсутствует. Остальные зубы отсутствуют. На местах отсутствующих зубов альвеолярная поверхность десен заращена, сглажена. Язык в полости рта, за линией смыкания зубов. Шея пропорциональна туловищу. На коже шеи в верхней трети одиночная, незамкнутая, косо восходящая спереди назад, снизу-вверх, справа налево странгуляционная борозда, плотно-эластичная на ощупь, красно-коричневого цвета. Ширина странгуляционной борозды: на передней поверхности шеи до 1см; на левой

боковой поверхности шеи до 1,3см; на правой боковой поверхности шеи до 0,8см; на задней поверхности шеи до 1,1см. Глубина странгуляционной борозды: на передней поверхности шеи до 0,3см; на левой боковой поверхности шеи до 0,4см; на правой боковой поверхности шеи до 0,2см; на задней поверхности шеи до 0,2 см. На передней поверхности шеи борозда проходит по верхнему краю щитовидного хряща и находится в 151см от подошвенной поверхности стоп. Борозда проходит: ниже углов нижней челюсти: левого – на 6см, правого – 5см; ниже наружных слуховых проходов: левого – на 5,5см, правого – 6,5см; ниже сосцевидных отростков: левого - на 4,3см, правого - на 3,5см; далее ветви борозды имеют косо-восходящее направление, переходят на заднюю поверхность шеи и затухают. Нижний край странгуляционной борозды скошен, верхний - подрыв, дно – без рельефа. Грудная клетка плоскоцилиндрической формы, упругая. Поверхность брюшной стенки на уровне реберных дуг. Наружные половые органы сформированы правильно. Яички плотноэластической консистенции овоидной формы. Из наружного отверстия мочеиспускательного канала выделений нет. Задний проход сомкнут, кожа вокруг него испачкана коричневыми каловыми массами. Верхние и нижние конечности развиты соразмерно туловищу. Кости лица, верхние и нижние конечности на ощупь целы. Повреждения: на передней поверхности левого коленного сустава прерывистая ссадина неправильной овальной формы с возвышающейся красно-коричневой частично отслоившейся корочкой по центру и периферии 3х2,5см. Других повреждений при наружном осмотре не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Мягкие ткани головы с внутренней поверхности светло-красные. Височные мышцы красно-коричневые. Толщина костей свода черепа по линии секционного распила 0,8-1,2см. Твердая мозговая оболочка белесовато-розовая, напряжена, сращена с костями черепа, в пазухах темно-красная жидкая кровь. Мягкая мозговая оболочка утолщена полупрозрачная гладкая, сосуды ее переполнены кровью. Под оболочкой по ходу борозд большое количество бесцветной прозрачной жидкости. Извилины мозга уплощены, борозды сужены. Мозг на ощупь эластичный, серое и белое вещество на разрезах различимо. Поверхности разрезов влажные, выступающие в большом количестве светло-красные капельки крови снимаются обушком ножа. Стенки желудочков гладкие, в просветах около 10 мл бесцветной прозрачной жидкости. Сосудистые сплетения синевато-красные, заполнены кровью. Древовидный рисунок ткани мозжечка на разрезе различим. Подкорковые ядра, дно 4-го желудочка, продолговатый мозг, мост без кровоизлияний. Артерии основания мозга с эластичными стенками, просветы их проходимы. Толщина подкожно-жировой клетчатки по линии секционного разреза на уровне грудины 1,5см, пупочного кольца 3см. Мышечная ткань шеи, груди, живота красно-коричневая. На внутренней оболочке левой общей сонной артерии имеются линейные в поперечном направлении надрывы, расположенные на уровне странгуляционной борозды. Расположение внутренних органов правильное. Легкие выполняют грудную полость на 2/3. Край печени на уровне реберной дуги. Большой сальник содержит большое количество жира. Желудок и петли кишечника умеренно вздуты. Мочевой пузырь ниже уровня лонного сочленения. Пристеночные серозные оболочки красновато-голубые, гладкие, блестящие. Сердечная сорочка содержит незначительное количество жира по наружной поверхности. В сердечной сорочке 50мл светло-желтой прозрачной жидкости. Сердце 12х9х5см, масса 330г. Наружная оболочка сердца гладкая, под ней на передней поверхности по ходу венечных сосудов незначительное ко-

личество жировой ткани. В предсердиях и желудочках, преимущественно в правых отделах, темно-красная жидкая кровь. Сосочковые мышцы не утолщены, сухожильные нити обычной длины. Толщина мышечной стенки левого желудочка 1,2 см, правого - 0,3 см, межжелудочковой перегородки 1,4 см. Мышечная ткань сердца плотная на ощупь, на разрезах неоднородного красно-коричневого цвета. Створки трех- и двухстворчатого предсердно-желудочковых клапанов, полулунных клапанов аорты и легочного ствола гладкие, белесоватые, эластичные. Легочные артерии свободно проходима на всем протяжении. Отверстия клапанов проходима. Внутренняя оболочка аорты светло-желтая гладкая, блестящая. Ширина аорты на уровне диафрагмы 6,7 см, на уровне разветвления ее на подвздошные артерии 5,3 см, края аорты при поперечном перерезе ее на уровне диафрагмы разошлись на 3,5 см. Нижняя полая вена эластичная, внутренняя оболочка красновато-фиолетовая, гладкая. В просветах аорты и нижней полой вены темно-красная жидкая кровь. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Просвет гортани свободен. Доли щитовидной железы по 4,8x2,5x1,5 см капсула гладкая, ткань на разрезах красно-коричневая, мелкозернистого строения. Вход в гортань свободный, слизистая оболочка верхних дыхательных путей серо-розовая, блестящая. В трахее и бронхах незначительное количество сероватой слизи, слизистая оболочка синюшно-розовая. Легочная плевро гладкая, блестящая. под ней по всем поверхностям множественные темно-красные кровоизлияния, до 0,8 см в диаметре. Ткань легких умеренно воздушная на ощупь, на разрезах ткань темно-красная, с поверхности стекает большое количество пенистой серо-красной жидкости. Сосочки языка выражены, мышечная ткань на разрезах светло-коричневая. Просвет глотки свободен, слизистая оболочка синюшно-серая, гладкая. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка белесовато-серая, складчатость слабо выражена. В желудке около 80 мл серой вязкой массы, слизистая оболочка желудка светло-серая с багровой венозной сетью, складчатость выражена хорошо. В тонкой кишке полужидкое желтое содержимое, в толстой полуоформленные зелено-коричневые каловые массы, слизистая оболочка желто-серая, складчатая. Печень 24x17x14x8,5 см, капсула гладкая, ткань умеренно плотная, на разрезах красно-коричневого цвета, из пересеченных сосудов стекает значительное количество темно-красной крови. Желчный пузырь содержит около 40 мл желто-зеленой желчи, слизистая оболочка зеленоватая, бархатистая. Желчные ходы проходима. Поджелудочная железа плотно-эластичная, 15x3,5x2 см, ткань на разрезах серо-розовая, дольчатая. Селезенка 11x7,5x3 см, капсула морщинистая, ткань дрябловатая на ощупь, на разрезах темно-красная, соскоб обильный. Надпочечники по 3x2,3x0,9 см, равновеликие, неправильной треугольной формы, капсулы гладкие, на разрезах слоистого строения, корковое вещество желто-оранжевое, мозговое красно-коричневое, границы хорошо различима. Околопочечная клетчатка содержит умеренное количество жира. Почки по 11x6x4 см, капсулы снимаются легко, обнажая гладкую поверхность, поверхности гладкие, ткань плотная, корковое вещество красновато-коричневое мозговое желто-коричневое, границы хорошо различима. Чашечно-лоханочная система почек не расширена, просвет свободен. Мочеточники проходима, без сужений и расширений. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка белесоватая, складчатая. Предстательная железа 4x3,4x2 см, ткань плотная, на разрезах - белесовато-серая. Кости свода и основания черепа, грудина, ключицы, ребра, позвоночник, кости таза целы. Из трупа изъято: из синусов твердой мозговой оболочки для судебно-химического исследования с целью обнаружения этилового спирта взята часть крови. Для судебно-гистологического архива взяты кусочки внутренних органов: головной мозг 3, сердце

3 печень 1, почки 1, надпочечники 1, поджелудочная железа 1; для судебно-гистологического исследования взято: фрагмент странгуляционной борозды 1, легкие 4. Труп сфотографирован (фотоаппарат Canon SXI50IS).

В заключении эксперта 22-6.2-3/328 судебно-химической экспертизы от 15.08.2017 (получено 15.08.2017, эксперт Ф.И.О.), указано: «в крови обнаружен этиловый спирт а концентрации 2,7‰».

В заключении эксперта 22-6.3-2/1050 судебно-гистологической экспертизы от 26.08.2017 (получено 26.08.2017 эксперт Ф.И.О.) указано: «Пергаментированная прижизненная борозда с очаговыми кровоизлияниями в дерме и гиподерме. Очаговая подплевральная острая эмфизема. Очаговый отёк лёгких с геморрагическим компонентом».

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Основная причина смерти: Механическая асфиксия в следствии сдавления органов шеи петлей при повешении: на коже шеи в верхней трети одиночная, незамкнутая, косо восходящая спереди назад, снизу-вверх, справа налево пергаментированная прижизненная борозда с очаговыми кровоизлияниями в дерме и гиподерме; надрывы внутренней оболочки левой сонной артерии; кровоизлияния в соединительную оболочку век, под плевру легких; разлитые трупные пятна; переполнение темно-красной жидкой кровью правой половины сердца, очаговая подплевральная острая эмфизема. Очаговый отёк лёгких с геморрагическим компонентом (Т71 Y20).

Ссадина левого коленного сустава.

Наличие в крови от трупа 2,7‰ этилового спирта.

ВЫВОДЫ

На основании судебно-медицинского исследования трупа, учитывая результаты дополнительных методов исследования, в соответствии с вопросами постановления прихожу к выводам:

Смерть Ф.И.О. наступила в результате механической асфиксии в следствии сдавления органов шеи петлей при повешении, на что указывают следующие признаки: на коже шеи в верхней трети одиночная, незамкнутая, косо восходящая спереди назад, снизу-вверх, справа налево странгуляционная борозда; надрывы внутренней оболочки левой сонной артерии; кровоизлияния в соединительную оболочку век, под плевру легких; разлитые трупные пятна; переполнение темно-красной жидкой кровью правой половины сердца.

При судебно-химическом исследовании в крови от трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,7‰, что у живых лиц обычно соответствует сильному алкогольному опьянению.

При экспертизе трупа обнаружена ссадина левого коленного сустава, которая образовалась от действия тупого твердого предмета давностью около 5-7 суток к моменту наступления смерти и имеет признаки телесного повреждения, не повлекшего за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности. Данное телесное повреждение в причинной связи с наступившей смертью не состоит.

Степень выраженности трупных явлений позволяет считать, что с момента наступления смерти до начала проведения экспертизы трупа (03.08.2017 11:30) прошло около 6-12 часов.

Студент

Ф.И.О.

Список литературы:

1. Инструкция о порядке производства судебно-медицинской экспертизы трупа в Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь : утв. Приказом Государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь 13.07.2015; Рег. № 147. – Минск, 2015. – 19 с.
2. Инструкция о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений : утв. Постановлением Государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь 24.05.2016 ; Рег. № 16. – Минск, 2016. – 28 с.
3. Инструкция о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз : утв. Приказом Государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь 11.04.2014 ; Рег. № 104. – Минск, 2014. – 16 с.
4. Инструкция о порядке изъятия и направления биологического материала и иных объектов на судебно-химическую (биохимическую) экспертизу : утв. Приказом Государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь 08.05.2014 ; Рег. № 134 . – Минск, 2014. – 11 с.
5. Медведев, И.И. Основы патологоанатомической техники. Руководство для прозекторов больниц и студентов медицинских вузов / И.И.Медведев. – М. : 3 изд. испр. и доп., 1969. – 288 с.
6. Матышев, А.А. Судебно-медицинская экспертиза трупа / А.А. Матышев // Учебно-методическое пособие. – Л, 1986. – 76 с.
7. Громов, А.П. Практикум по судебной медицине / А.П. Громов. – М. : Медицина, 1971. – 263 с.
8. Овсюк, Ю.А. Формирование единого экспертного ведомства: результаты и перспективы / Ю.А. Овсюк // Судебная экспертиза Беларуси. – 2016. – № 2/3. – С. 5–9.
9. Швед, А.И. Формирование единого экспертного ведомства: результаты и перспективы / А.И. Швед // Судебная экспертиза Беларуси. – 2015. – № 1. – С. 8–11.
10. Уголовно-процессуальный кодекс Респ. Беларусь, 16 июля 1999, № 295-З.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ПОВОДЫ И ЗАДАЧИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА.....	4
ПОРЯДОК, ОРГАНИЗАЦИЯ, ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ И ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА.....	4-5
Наружное исследование.....	5-8
Внутреннее исследование.....	8
Исследование головы.....	8-10
Вскрытие шеи, грудной клетки и живота.....	10-14
Изъятие материала для лабораторных исследований.....	14-15
Оформление заключения эксперта.....	15-18
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	19-24
Средние размеры и масса органов взрослых.....	19
Образец для оформления заключения эксперта.....	20-24
ЛИТЕРАТУРА.....	25

Учебное издание
Денисенко Александр Григорьевич
**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ТРУПА**

Учебно-методическое пособие

Редактор А.Г. Денисенко
Технический редактор И.А. Борисов
Компьютерная верстка А.Г. Денисенко

Подписано в печать _____ Формат бумаги 64х84 1/16.
Бумага типографская №2. Гарнитура _____ Усл. печ. л. _____
Уч.-изд. л. _____ Тираж _____ экз Заказ № _____
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный
медицинский университет»
ЛП № 02330/453 от 30.12.13 г.
Пр. Фрунзе, 27, 210602, г. Витебск